



## La Economía de la Salud en perspectiva

---

### 0. Introducción

El análisis económico aplicado a la Sanidad y a los Servicios Sociales conoce dos importantes direcciones: por una parte el estudio, descripción y predicción del comportamiento del *mercado* como mecanismo de asignación de recursos sanitarios y, por otra parte la aplicación de la evaluación económica —basada en los criterios de eficiencia *paretianos*— a la racionalización de los procesos de decisión y al diseño de políticas y programas sanitarios comunitarios. Este papel aspira a ofrecer una perspectiva de los fundamentos analíticos de la Economía de la Salud y una reflexión acerca de algunas de sus aportaciones específicas al debate actual sobre la naturaleza y la organización socialmente eficiente del sistema sanitario.

### 1. La Noción de «Sistema Sanitario»

El carácter dinámico de la salud y su dimensión social se reflejan en la evolución del sector sanitario, cuya configuración no cesa de modificarse como resultado de la presión demográfica, los avances tecnológicos y los cambios políticos. La complejidad de este sector y la heterogeneidad de las diversas instituciones sanitarias a que ha dado lugar el desarrollo de la medicina hacen necesaria la utilización de representaciones simplificadas que ayuden a reconocer sus trazos más significativos. Con esta finalidad surge la noción de *sistema sanitario*, cuya utilización permite identificar los mecanismos más influyentes en el funcionamiento del sector sanitario. Un sistema sanitario es, por tanto, una representación esquemática y abstracta de la realidad sanitaria de un país que suministra una visión de conjunto del modo en que las diversas instituciones, agentes y factores que intervienen en el sector sanitario, se relacionan entre sí e influyen sobre el nivel de salud de una comunidad. Conceptualmente pueden distinguirse tres compo-

nentes o subsistemas: *la representación del estado de la salud colectiva, el aparato de producción y distribución de los servicios sanitarios y el modo de financiación del consumo sanitario.* Cada uno de estos subsistemas posee identidad y autonomía propias, aunque el funcionamiento del conjunto supone una mutua y recíproca influencia reflejada en último término en el nivel de la salud. La figura núm. 1, representa una esquematización del concepto de sistema sanitario, en la que pueden apreciarse la interdependencia de los tres subsectores y su mutua interacción, cuya dinámica se identifica con el funcionamiento del sector sanitario en la realidad

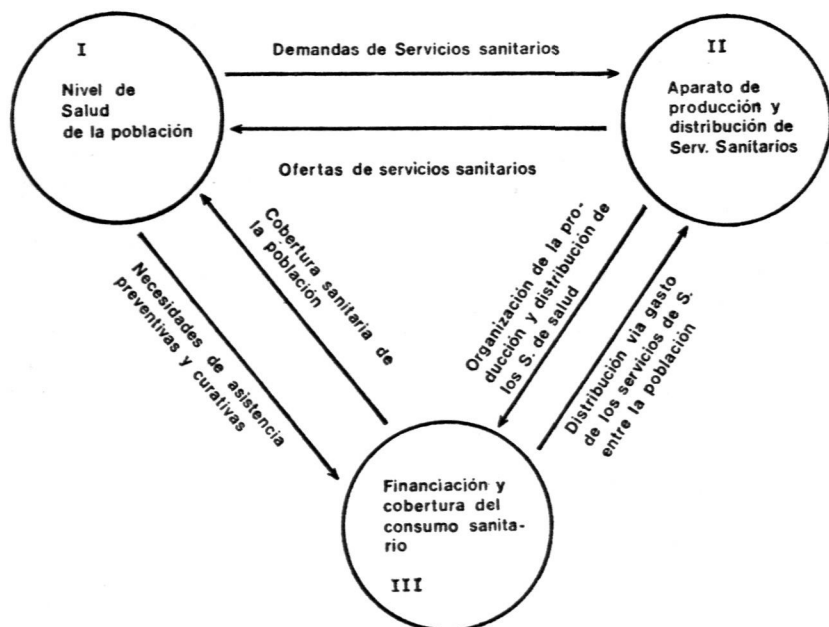


Figura 1. Representación esquemática del sistema sanitario

El primer subsistema —representación dinámica del nivel de la salud comunitaria— es el elemento central y clave del sistema sanitario, operando como indicador de su comportamiento a lo largo del tiempo, en la medida en que expresa, tanto la estructura de las necesidades sanitarias de una colectividad como la influencia de la actividad de las instituciones productoras de servicios sanitarios y la cobertura efectiva de aquéllas. El lenguaje en el que se expresa este comportamiento está circunscrito al tipo de información disponible acerca de las distintas maneras de percibir la salud y la enfermedad por cada

uno de los agentes implicados —pacientes, médicos, instituciones de seguridad social, etc. Esta información suele reflejar una concepción predominantemente negativa de la salud, es decir, que su representación se expresa en términos de mortalidad o de causas de muerte o enfermedad —morbilidad. Por otra parte, la transmisión la percepción y la representación de la enfermedad por parte del propio individuo —morbilidad percibida—, se codifica en términos de «*morbilidad diagnosticada*», es decir, de la representación del estado de salud por parte de los médicos y las instituciones médicas. El nivel de salud vendrá expresado convenientemente por la combinación de un lenguaje clínico-médico y de un soporte estadístico: estadísticas de mortalidad —mortalidad infantil, materna, perinatal, etc.—, así como el tratamiento estadístico de las causas de mortalidad y de la incidencia de las afecciones más significativas.

Si el primer subsistema permite seguir la evolución del *modelo de morbilidad* de una colectividad a lo largo del tiempo, el segundo subsistema permite representar el funcionamiento del aparato de producción y distribución de los servicios médicos. Su información está referida, tanto a la estructura de los recursos sanitarios disponibles —personal sanitario, instalaciones, equipamiento, etc.—, como a la asignación de los mismos, y se traduce convencionalmente en forma de distintos indicadores del tipo: personal sanitario/población, farmacias/población, camas hospitalarias/población, tasa de admisiones hospitalarias, consultas/población, duración de la estancia, propiedad y régimen jurídico de las instalaciones, etc. Esta pieza del sistema sanitario refleja la dimensión productiva de las instituciones sanitarias en cuyo seno los factores de producción —personal sanitario y equipo—, se organizan en unidades de producción de distinta naturaleza —gabinetes liberales, clínicas, hospitales, dispensarios, empresas de transporte, etc.—, en función de la naturaleza y la estructura de la propiedad de los medios de producción, el control sobre las decisiones de producción y el mecanismo de asignación de recursos sanitarios —mercado o estado. Aunque lógicamente, los efectos del funcionamiento de este subsistema tienen su reflejo en el nivel de salud, la medición o la representación, tanto de la «producción» sanitaria como de su calidad y de su impacto en la sociedad, constituye un problema pendiente de solución cuya respuesta se basa en gran parte en el desarrollo de un adecuado conjunto de indicadores sanitarios que añade información a los actuales; especialmente en lo que a la calidad de los servicios sanitarios se refiere.

Finalmente, el tercer subsistema está constituido por los mecanismos de cobertura del consumo de los servicios sanitarios y su composición y naturaleza dependerá de los procedimientos de financiación

predominantes. Aunque históricamente, los gobiernos han ido asumiendo una parte cada vez más importante de la cobertura y del gasto sanitario —con la extensión de las instituciones de seguridad social y de previsión de riesgos y enfermedades—, el suministro privado de atención médica continúa siendo la actividad que moviliza más recursos privados en la mayoría de los países de economía de mercado, tal como se desprende de la figura núm. 2, donde se puede contemplar el origen de la financiación del gasto en consumo sanitario en una muestra de países desarrollados.

La distribución de los servicios sanitarios y la cobertura de las necesidades colectivas están directamente influenciadas por el mecanismo de financiación que, a su vez, refleja la forma de organización social y económica en la comunidad.

## 2. *Valor de la salud*

La necesidad del economista de contar con algún tipo de *medición* del producto de los servicios sanitarios, en términos de su impacto sobre el nivel de salud individual o colectivo, ha sido una vía que ha permitido añadir a la discusión corriente sobre la definición de salud (1) el punto de vista económico. De esta manera se han señalado las limitaciones del enfoque biomédico —flexneriano— basado en desviaciones, respecto a un estado de «buena» salud que a su vez ni se define de forma satisfactoria ni contempla las dimensiones colectivas al centrarse predominantemente en la descripción de los déficits de salud en términos de «casos» y en el diagnóstico de episodios individuales (2). Se han explorado asimismo las posibilidades de la aproximación *subjetiva* y *funcional* a la noción de salud, teniendo en cuenta principalmente la referencia que la primera contiene respecto a los niveles «percibidos» de salud y la segunda a los niveles «objetivos» de desviación, respecto a capacidades consideradas «normales» para el ajuste y la relación sociales (3). En este aspecto relacionado con la discusión acerca de lo que sea operativo considerar como noción de salud, el análisis económico ha contribuido fundamentalmente impulsando un conjunto de trabajos cuantitativos orientados hacia la consecución de *medidas* del producto —outcome— de tratamientos, programas o políticas sanitarias concretas. Sin la posibilidad de tal medición resulta a su vez muy complicada la tarea de evaluar económicamente tales programas (4 y 5).

Este esfuerzo ha permitido apuntar hacia la importancia de delimitar —en un área tan cargada de valores e intereses—, los hechos de su valoración. Y el análisis del proceso de imposición de valores y preferencias sociales, ha permitido a su vez profundizar originalmen-



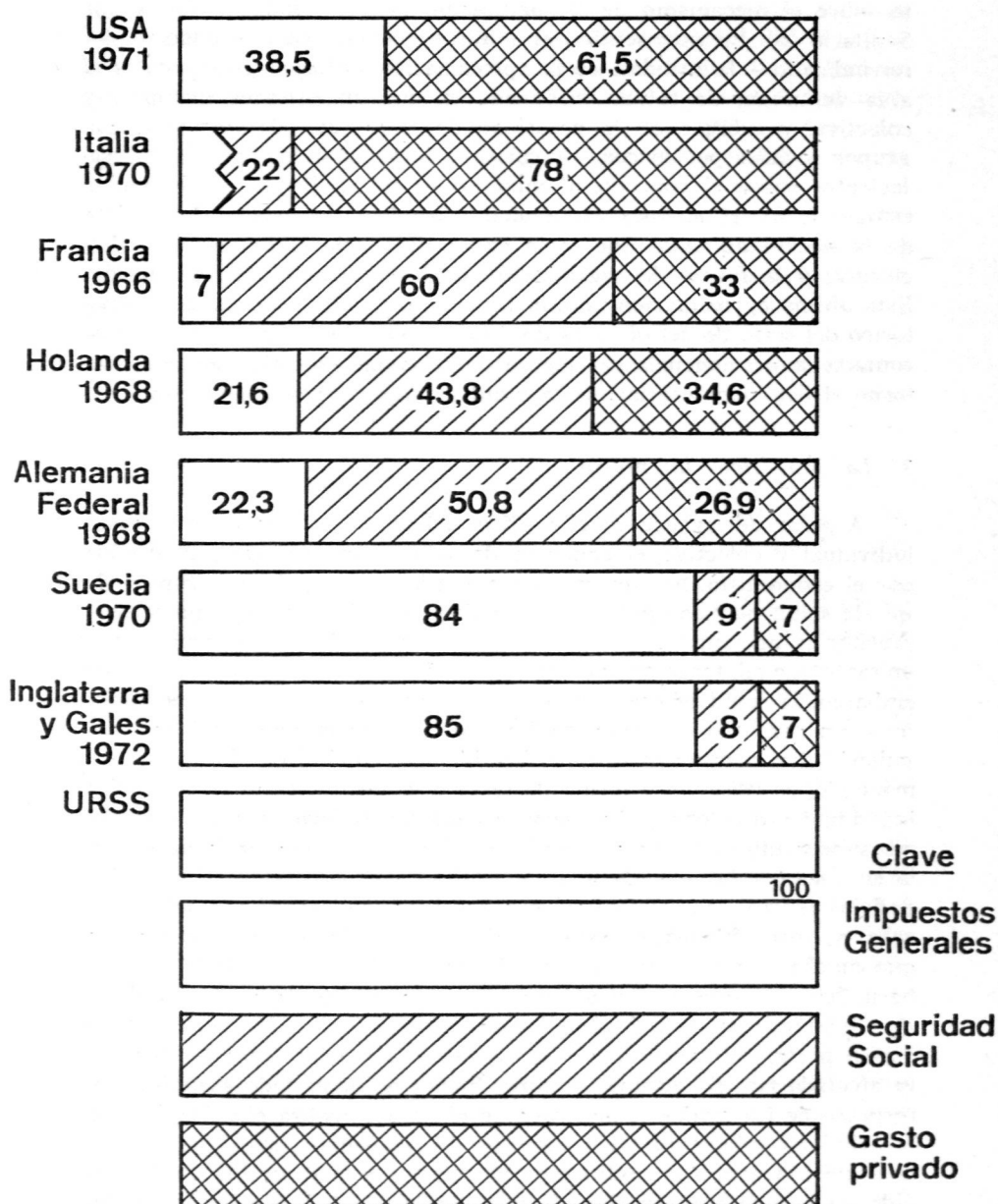


Figura 2. Fuentes de Financiación de los Servicios Sanitarios en algunos países (tanto por ciento sobre los gastos totales)

te sobre el mecanismo de estructuración de prioridades en el Sector Sanitario (6). En este sentido el análisis económico ha reconocido —y reivindicado— la utilidad de la aproximación *antropológica y cultural* a la definición de salud, insistiendo en sus dimensiones dinámica y colectiva, y subrayando la necesidad de identificar claramente a qué grupos sociales pertenecen —y cómo se imponen— los criterios prevalecientes sobre el concepto dominante de salud. En su aproximación crítica (7, 8), el análisis económico reivindica una visión humanista de la noción de salud que tome como referencia el entorno social y cultural y la forma de organización de las relaciones de producción. Esta última aproximación apunta hacia el carácter tecnocrático y ahistórico del resto de definiciones de salud prevalecientes que dan por descontada la permanencia del marco de relaciones sociales, en cuyo entorno el fenómeno (social) de la salud se produce y se manifiesta.

### 3. *La salud tiene un precio*

A pesar del avance en el análisis del fenómeno social de la salud individual y colectiva, el concepto de *salud* como categoría analizable por el economista, ha supuesto un auténtico desafío. La voz común de que «la salud no tiene precio», ha solido —y suele aún entre nosotros— presidir la apertura de discusiones en torno de lo que el economista, en tanto que tal, tenga que decir acerca de los problemas sanitarios. Y, sin embargo, la salud ofrece —aunque sea chocante para los no economistas— un conjunto de características que pueden reconocerse como peculiaridades convencionales de los bienes económicos. La salud, en principio, es *valorada* y forma parte de una estructura de preferencias individual y/o colectiva. Los servicios sanitarios forman parte del mismo subconjunto de bienes y servicios a los que pertenecen la nutrición, la educación y la vivienda —por ejemplo— que proporcionan tanto beneficios físicos como monetarios a sus consumidores. La salud es escasa y, probablemente, está «mal» distribuida en la medida en que mucha gente estaría de acuerdo en que hay menos de la que debería haber y que no existe ninguna razón de «justicia distributiva», que justifique su actual distribución epidemiológica. La salud depende, en parte, del consumo de los servicios sanitarios, pero también se ve afectada por el consumo de otros bienes no demasiado «saludables», respecto de los cuales el individuo se plantea y realiza elecciones. Pero la salud no solamente tiene aspectos de «consumo», sino que presenta asimismo aspectos cualitativos vinculados a la inversión en la medida en que la preservación de una «buena» salud equivale a asegurar un flujo de beneficios a lo largo del tiempo, ya sea en forma de incrementos en la oferta de tiempo productivo disponible, ya sea en for-

ma de incrementos en la productividad. En su contemplación como «bien público» la salud permite, por otra parte, incorporar las nociones de externalidad, *merit good*, incertidumbre y monopolio (9) (10), nociones que como veremos más adelante se hallan en el centro de los avances del análisis económico del sector sanitario. Es particularmente notable que el nivel de salud solamente ofrece una respuesta indirecta —cuando existe respuesta—, a cambios en el nivel y proporciones en que se combinen los inputs sanitarios —hospitales, médicos, enfermeras, etc.— En este sentido el uso de un concepto económico como la función de producción para describir el proceso de afectación de la salud individual o colectiva por distintos tratamientos sanitarios, confirma los mismos hallazgos de la Historia de la Medicina y de la Salud Pública (11, 12), en el sentido de adjudicar la responsabilidad efectiva de los cambios significativos en los parámetros epidemiológicos y demográficos contemporáneos a cambios en la oferta y la distribución —revolución agrícola del siglo XVIII— cambios en el medio ambiente y en la legislación y cambios en las costumbres —educación sanitaria—, en vez de atribuirlos solamente a los relativamente recientes fenómenos de expansión y desarrollo de la medicina, la cirugía y la quimioterapia.

El reconocimiento de la dificultad de atribuir una relación causal directa sobre el nivel de salud a los servicios sanitarios —de la misma manera que el transporte es un producto inequívoco de los «servicios de transporte», ha dado lugar a una de las aportaciones que pueden ejemplificar lo que el análisis económico puede ofrecer como original en su aproximación a los problemas sanitarios. Se trata de las aportaciones de Michael Grossman (13) y Jack Dowie (14), que suponen una de las tentativas más destacadas de vincular la teoría del capital humano con la moderna teoría del consumidor y la teoría del bienestar (15), en cuyo marco la Economía de la Salud ha conocido, en el curso de las dos últimas décadas, un vigoroso avance teórico y empírico. Grossman critica la excesiva atención prestada al aspecto «consumo» de la salud y señala que la casi exclusiva contemplación de los pacientes como «demandantes» de servicios sanitarios puede oscurecer algo tan evidente como el hecho de que —con la excepción de los hipocondríacos—, la gente no demanda los servicios médicos por sí mismos, sino como un medio para mejorar sus niveles de salud. Esta constatación aparentemente perogrullesca (\*) permite, no obstante, introducir

---

(\*) Sin embargo, existe una ideología tecnocrática medicalista implícita en la reciente proliferación de indicadores y «mapas sanitarios que se basan en la descripción del stock de inputs y en futuras recomendaciones expansionistas sin mencionar ni por asomo la naturaleza y distribución del flujo de output, sanitario. Aparentemente se supone una eficacia del actual sistema hospitalario que está lejos de haber sido probada.

una distinción fundamental entre *salud* y *servicios sanitarios* de la misma naturaleza que la distinción —familiar para los economistas— entre stock de capital físico y flujo de inversión bruta: la salud de esta manera se concibe como una parte de un capital individual *inicial* que sufre una depreciación a lo largo del tiempo. Depreciación que se produce normalmente de forma exponencial. El flujo de servicios generado por el activo «salud» consistirá en el denominado «tiempo útil para producción y ocio» —es decir, tiempo libre de incapacidades—, y que es un input intransferible en la formación de la oferta personal de trabajo, en la valoración subjetiva del ocio y en otras actividades que pueden ser objeto de *intercambio*. El mantenimiento de un nivel conveniente de este flujo puede requerir una determinada «inversión bruta» compensadora en atención y servicios sanitarios. Pero también se reconoce la influencia destacada de factores con efectos bien tangibles sobre la aceleración o el retardo de la tasa de depreciación del «capital salud», como sean determinados hábitos costumbres o educación recibida respecto a la dieta, el ejercicio, el desafío del riesgo, calidad de la vivienda, uso del ocio, tipo de trabajo, etc. De esta manera, en principio, cada cual estaría relativamente facultado para ejercer una decisión consistente y más o menos «informada», con respecto a cómo conservar, enriquecer o depredar el propio stock de salud. La demanda de servicios sanitarios aparecería así como una «demanda derivada» y, de hecho, la afirmación absoluta de que la «salud es lo primero y que no tiene precio» —es decir, que la salud no admite un cierto grado de «trade-off» con otros bienes valorados relativamente—, no parece sostenerse demasiado. Por lo menos no parece muy consistente en términos del análisis económico. Aunque, de hecho, la realidad no ahorra cantidad de ejemplos de *elecciones deliberadas* de actividades y modos de vida «satisfactorias» —por lo menos para los que efectúan la elección—, pero que objetivamente constituyen amenazas a la *salud* (\*).

Aunque solamente sea desde el punto de vista de la optimización de la asignación de recursos y de la planificación económica parece bastante claro que con la aportación de Grossman ha quedado preparado, conceptualmente, el camino para la introducción de la noción de *coste de oportunidad* en el área sanitaria. Esto, a su vez, significará la posibilidad de contemplar la optimización de la *función social de bienestar* —a partir de alguna decisión acerca de las prioridades sanitarias colectivas—, y el planteamiento de la elección racional entre inversiones

---

(\*) Gran parte de los cálculos de precios-sombra de la «vida humana» o de incrementos en la «calidad de la vida» de sobrevivientes a ciertos tratamientos médicos, se basan en la observación del comportamiento humano en situaciones que implican valoraciones implícitas del riesgo de perjudicar irreparablemente la propia salud (17 y 18).

cuantitativa y cualitativamente distintas, pero dirigidas al objeto competitivo de incrementar el nivel de salud comunitario: ¿Hasta qué punto entonces, los servicios sanitarios —en particular los servicios médicos «intensivos»—, son sin reservas y en término absolutos los *mejores* medios para incrementar, tanto la esperanza como la cualidad de la vida? ¿Hasta qué punto habrá que tener en cuenta y valorar otros inputs como mejores viviendas, acceso a la educación, control del medio ambiente, prevención de los accidentes laborales, cambios legislativos consagrados el derecho al uso del propio cuerpo, extensión de los servicios sociales, etc.? ¿Qué es lo que justifica desde el punto de vista del «coste de oportunidad» y de la eficiencia económica el predominio —injustificado en términos de eficiencia técnica— de la medicina hospitalaria sobre la medicina preventiva y la educación sanitaria?

#### 4. *Naturaleza económica de los servicios sanitarios*

El modelo de Grossman ha contribuido también a poner en primer término la cuestión de la *naturaleza* económica de los *servicios* sanitarios y la discusión a que ha dado lugar es importante, porque está en el origen de la bifurcación entre las principales corrientes contemporáneas del análisis económico de la salud en el mundo occidental: la corriente americana (19, 20) y la corriente inglesa (21, 22). Admitir la naturaleza económica de los servicios sanitarios —el tipo de servicios ofrecidos por los hospitales, médicos y personal sanitario—, es equivalente a admitir la pertinencia del análisis económico para examinar la cuestión de cual sea el mecanismo social más eficiente para la producción, distribución y financiación de los servicios sanitarios, y, en general, la cuestión de la asignación óptima de recursos en el área de la Política Social.

Quedan excluidos de la discusión los que al negar *a priori* cualquier dimensión o característica económica a los servicios sanitarios, están negando consecuentemente el mecanismo de mercado como institución de asignación y de hecho, se plantean el problema de la organización socialmente eficiente del sistema sanitario con olvido completo del análisis económico (23, 24). Los partidarios de esta posición argumentan —cuando lo hacen— que la aplicación del análisis económico significa en la práctica la vulneración de demasiadas hipótesis de la teoría del mercado y de la teoría del comportamiento del consumidor: falta de información, incertidumbre, elementos de monopolio y manipulación efectiva de la demanda, falta de «soberanía» del consumidor (paciente), etc. Los partidarios del «mercado» (25, 26), por su parte, utilizan argumentos que se basan en la pertinencia de mecanismo de precios para lograr una asignación eficiente de recursos en relación a las nece-

sidades valoradas por el individuo. Bajo un sistema de precios el individuo no demandaría tratamiento o atención médica excepto cuando su valoración de éstos fuera por lo menos igual o superior al precio que debe pagar para conseguirlos. Si el precio fuera igual al coste de tratar un paciente adicional (coste marginal), nadie demandaría tratamiento, excepto cuando la valoración subjetiva de los beneficios esperados fuera mayor que el coste marginal (precio). En estas condiciones, la existencia de un exceso de demanda sugeriría que algunos individuos que no pueden obtener tratamiento, *estarían dispuestos* a pagar el coste de unidades adicionales y que, por lo tanto, el exceso de demanda podría ser eliminado subiendo el precio —en el mercado—, o incrementando la oferta. Este mecanismo, pues funciona sobre la base de que el individuo compara su propia valoración de los servicios sanitarios con la información sobre el coste que debe afrontar, y que si aquella valoración es inferior el individuo decidirá no demandar tratamiento.

En esta consideración no hay lugar para existencia de externalidades en el sentido de que si otros miembros de la comunidad *valoran* —o son afectados por— el nivel de salud del individuo que decide *no* demandar tratamiento, entonces desde una perspectiva de optimización paretiana, la «sociedad» podría decidir que el individuo debiera demandarlo (o que alguien lo demandara en su beneficio) y que *lo obtuviera* siempre que la *valoración social marginal* —valoración marginal del individuo más valoración marginal del resto de la sociedad—, fuera mayor que el coste social marginal (27). La cuestión pertinente a este respecto ha sido planteada por A. J. Culyer, cuando se pregunta hasta qué punto los servicios sanitarios son *distintos* de los demás bienes, servicio y mercaderías. Y si lo son, por qué lo son hasta el punto de hacer intrínsecamente «perversa» la organización de la industria sanitaria vía mercado. De hecho, Culyer trata de superar las posiciones más extremas a favor de la práctica privada de la medicina (28), sin renunciar al análisis económico e incorpora las dimensiones de «bien público» y las «externalidades» en el marco de la moderna teoría de bienestar para elaborar su respuesta. Culyer defiende la plena naturaleza económica de los servicios sanitarios —sin la cual no es posible la aplicación de los criterios de eficiencia económica— para concluir que solamente los estudios y la evidencia empírica de la bondad relativa del mercado versus el estado (29), pueden añadir información significativa al problema de la eficiencia relativa de ambas formas de organización del sistema sanitario. Ni la imperfección del mercado es, teóricamente, suficiente para implicar su ineficiencia, ni la manera en que históricamente la medicina privada ha internalizado las externalidades sociales de la salud colectiva, parece suficientemente aceptable. En el terreno normativo tal como han señalado J. A. Cairns y M. C. Snell (30), con independencia de

los argumentos políticos, la mejor salida dependerá con creces de la evidencia disponible acerca de hasta qué punto el «precio» bloquea efectivamente el consumo sanitario, de *quién* sea afectado por esta disuasión y del valor que la sociedad otorgue al hecho de que todos sus miembros en *necesidad* de atención sanitaria puedan obtenerla con independencia de sus ingresos.

La dirección de la investigación teórica y empírica en Economía de la Salud, ha sido influida no solamente por el debate mercado-estado, sino también y de una manera lógica, por la peculiar estructura organizativa que de hecho exhibe el sistema sanitario en cada país. J. P. Newhouse (31) y M. S. Feldstein (32), sintetizan la evolución de los estudios sobre la *demanda* en los Estados Unidos, destacando como principal preocupación el examen de los mecanismos compensadores del mercado, en especial fórmulas de cobertura del riesgo basadas en sistemas eficaces de seguro y reaseguro privado y semipúblico, que desincentiven el consumo sanitario «superfluo» y aseguren el acceso a los servicios sanitarios imprescindibles a determinadas capas y grupos sociales en clara desventaja. Por lo que respecta a la aportación inglesa —caracterizada por la presencia del National Health Service, que significa en la práctica una oferta de servicios sanitarios a precio cero— parece que las principales líneas de trabajo se hayan centrado en la elaboración de conceptos alternativos a la noción standard de demanda como sea la teoría de la necesidad («needology») (33), el desarrollo de técnicas cuantitativas de gestión y planificación territorial —análisis de sistemas, investigación operativa y programación lineal (34)—, especialmente después de la reforma del NHS de 1974; y en la profundización del análisis de los componentes no monetarios del «vector de acceso», a los servicios sanitarios: precio-tiempo, costos diferenciales de desplazamiento, distribución y efectos de la información sanitaria, explicitación de valores implícitos en la composición y estructura de las listas de espera y otros factores que influyen, tanto la naturaleza como la frecuencia del acceso y la utilización de los servicios sociales y sanitarios.

##### 5. *Oferta, precio y racionamiento de los servicios sanitarios*

En este área temática también ha jugado un papel decisivo, como incentivo en la orientación de la investigación, la estructura corriente del sistema sanitario. De este modo, cuando el pago por acto médico es norma general, ha sido posible la estimación de funciones de oferta (35), o por lo menos el análisis del comportamiento económico del oferente —médico individual, gabinete, hospital, etc.—, en términos de la teoría convencional o de la valoración del ingreso-ocio. En donde el precio



no regula directamente el acceso y la utilización de los servicios sanitarios ha sido, en cambio, más practicado el análisis de la naturaleza de la función de producción (36), cuyos inputs —trabajo de médicos, personal sanitario no médico, fármacos, laboratorios, etc—, si son valorados vía mercado. En esta línea también se han registrado trabajos relacionados con el cálculo de la elasticidad de oferta de cada factor (37) y la estimación de funciones de coste, registrándose asimismo cuestiones de evidente fuerza polémica: ¿Son exclusivamente— o predominantemente éticos los motivos y los incentivos del médico para ofrecer sus servicios a partir de lo que quepa deducir de la observación de su conducta como oferente de servicios? ¿Qué obstáculos reales impiden el aumento de productividad del médico, a partir del desarrollo del trabajo en equipo y la promoción de nuevas profesiones sanitarias? ¿Cuáles pueden ser las consecuencias económicas y sociales de la posible manipulación de la demanda por parte del médico? ¿Quién y cómo puede modularse la oferta de médicos para cubrir necesidades sociales en lugar de satisfacer intereses privados? ¿De qué naturaleza podría ser el control social del comportamiento monopolista del médico cuando en el mismo convergen simultáneamente las supuestas virtudes altruistas y la lógica del comportamiento maximizador del beneficio?

Por lo que respecta al comportamiento del médico como «empresa», deben señalarse dos posiciones discrepantes respecto del uso efectivo que haga de su capacidad como «price-setter» —fijar el precio—, o como «price-taker» —admitir el precio corriente. En esta dirección han sido especialmente útiles los trabajos de Robert Evans (38) sobre la estructura económica de la relación médico-paciente —relación de agencia—, los trabajos empíricos de Uwe. E. Reinhart sobre la especificación de la función de producción de los gabinetes colectivos y los trabajos de Frank Sloan (40) sobre la oferta de servicios del médico privado autónomo, a partir de un modelo de elección ingreso-ocio (41). Por lo que se refiere al hospital como unidad de producción, la atención se ha centrado en la investigación acerca de procedimientos superadores de la hipótesis standard de la maximización del beneficio (42), en el marco de la moderna teoría de las organizaciones «non-profit» y de las «social enterprises». Dentro de este enfoque han destacado los estudios encaminados a identificar los factores responsables de la variación de los costes hospitalarios como marco para la discusión de sistemas alternativos de organización y auditoría hospitalaria (43).

En conexión con este mismo aspecto se perfilan como cuestiones abiertas el tratamiento de la *dimensión óptima* y de las *economías de escala*. Ambas cuestiones dependen de un mejor conocimiento de la influencia de variables, tales como el tratamiento financiero de los costes de capital, la unidad de escala —el «caso», número de camas, espe-



cialidad, días/paciente, etc.— que se utilice y la medición de la intensidad relativa de los inputs utilizados en casa «case-mix» particular de cada institución hospitalaria.

#### 6. *La evaluación económica de los programas sanitarios*

Uno de los fenómenos aparentemente más difíciles de asumir plenamente por parte de los profesionales sanitarios, es la consideración de su propio papel como agentes de decisión en la asignación de recursos socialmente escasos. No se descubre nada nuevo al constatar que en el curso de la capacitación de los sanitarios, el tipo de decisión más corriente con que se enfrentan es la decisión clínica (44) sobre cómo manejar el caso individual. Es difícil encontrar que los planes de estudios —y la formación postgraduada— incluyan referencia alguna a las decisiones sanitarias de alcance colectivo, es decir, las decisiones —presentes o futuras— sobre la distribución de los recursos sanitarios entre grupos de población relativamente homogéneos en razón de sus necesidades sanitarias.

No es por casualidad que hasta no hace mucho ni tan sólo los manuales de evaluación de la OMS, hicieran mención de la evaluación económica (45, 46). Por evaluación económica se entiende aquí, la evaluación basada no solamente en la eficiencia técnica de los tratamientos y programas sanitarios, sino también, en las nociones de eficiencia económica y coste de oportunidad social, en el contexto de la teoría de la decisión social (47). Este tipo de evaluación se aplica al análisis de cursos de acción alternativos al objeto de dilucidar hasta qué punto los objetivos establecidos han sido especificados coherentemente, o si para los objetivos establecidos se está utilizando la mejor alternativa disponible (48, 49). La adopción del criterio de eficiencia económica significa el examen de la optimización del beneficio social, es decir, la investigación sistemática de la información relevante para escoger aquellos programas o cursos de acción, que muestren capacidad para generar el mayor exceso de beneficio social sobre el correspondiente coste social. De una manera característica, la evaluación económica de programas y políticas sanitarias, se dirige tanto a la valoración —vía mercado— de los recursos utilizados por cada programa alternativo, como a la valoración —vía medida de la eficacia técnica y vía precios-sombra— de los resultados producidos (en general mejoras en las expectativas y en la calidad de la vida). Esta aproximación tan familiar al economista es, con todo, sorprendentemente alejada de la práctica evaluativa sanitaria, donde tal como algunos recientes estudios han puesto de manifiesto, la evidencia estadística significativa de *eficacia clínica* no es precisamente moneda corriente (50, 51). En otras palabras que tras la corti-

na de humo cientificista y eticista de algunos grupos de presión vinculados a la profesión médica y a la burocracia emanada de ésta, es difícil de encontrar, a veces, algo más que rutina y criterios autoritarios y acríticos, cuando lo que se pide es evidencia empírica de efectividad. Naturalmente, cuando a hallazgos de este calibre se añade información solvente sobre el coste de oportunidad de los recursos despilfarrados —y de sus efectos— no es raro que empiecen a tomar cuerpo un conjunto de dudas fundamentales acerca de, no tan sólo la eficacia social, sino sobre la equidad del precio comunitario que la sociedad está pagando por el mantenimiento de un sistema sanitario, cuyos efectos parecen diverger de las necesidades sanitarias colectivas.

El análisis de la eficiencia del Sector Público (52) ha sido, pues, el marco teórico de referencia para la aplicación de las técnicas del análisis coste-beneficio y coste-efectividad —por lo que respecta a la aportación de criterios de racionalidad en la toma de decisiones de consecuencias comunitarias— y la aplicación del Planning Programming Budgeting System para describir la asignación de recursos en una situación inicial y establecer un marco democrático de control financiero y de gestión en el sector sanitario. La evaluación económica de programas sanitarios, como una de las mayores aportaciones de la Economía de la Salud, ha sido también responsable —aparte de sus resultados empíricos— de un impacto importante en la persuasión acerca de la necesidad de revisar las actuales estructuras informativas sanitarias básicas (53) y hacer explícitos los criterios de elección —con demasiada frecuencia escamoteados—, así como de suministrar un sistema coherente y riguroso de análisis de problemas que pueden ser desde ahora abordados desde posiciones originales y más fértiles (55, 56).

Barcelona - Aberdeen, 1979

## REFERENCIAS

1. KELMAN, S. (1975): *The Social Nature of the Definition Problem in Health*, «International Journal of Health Services», vol. 5 núm. 4.
2. ARTELLS, J. J. (1979): *Perspectiva social de la Salud: estructura sanitaria, poder polític, prioritats i nivell de salut*. I Curs de Salut de la Comunitat, 1978-1979, GAPS, Barcelona.
3. CULYER, A. J. (1971): *Social Indicators-Health*, per A. J. CULYER, R. J. LAVERS i A. WILLIAMS, *Great Britain Central Statistics Office*, Social Trends, núm. 2, 1971, Londres, H. M. Stationery Office, pp. 31-42.
4. WRIGHT, K. G. (1974): *Alternative Measures of Output of Social Programmes: the Elderly in A. J. Culyer (ed.) Economic Policies and Social Goals*, pp. 239-272, Martin Robertson, Londres.
5. WRIGHT, K. G. (1978): *Output Measurement in Practice*, en A. J. CULYER i K. G. WRIGHT, *Economic Aspect of Health Services*, Martin Robertson, Londres.

6. WILLIAMS, A. (1974): *The Cost-Benefit Approach*, «British Medical Bulletin», núm. 30, pp. 252-256.
7. NAVARRO, V. (1976): *Medicine under Capitalism*, Prodist, Academic Publication, Nova York.
8. KEOWN, T. Mc. (1972): *An Introduction to Social Medicine*, Blackwell Scientific Publication, Oxford.
9. FANSHEL, S. y BUSLLH, J. W. (1970): *A Health Status Index and list Applications to Health Services Outcome*. «Operations Research», vol. 18, núm. 6, nov-dic.
10. COCHRANE, A. L. (1972): *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the Health Service*. The Nuffield Provincial Hospital Trust. Londres.
11. KEOWN, T. Mc. (1971): *A Sociological Approach to the History of Medicine*, en A. G. MACHLAN i A. Mc. KEOWN, *Medical History and Mellical Care Nuffield Provincial Hospital Trusts*, Oxford University Press, Oxford.
12. HARTWELL, R. M. (1974): *The Economic History of Medical Care*, en M. PERLMAN, *The Economics of Health and Medical Care*, MacMillan, Londres.
13. GROSSMAN, M. (1972): *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, Occasional Paper 119, National Bureau of Economic Research Columbia University Press, Nova York.
14. DOWIE, J. (1973): *A Portfolio Approach to Heath Behaviour*, Department of Community Medicine, St. Thomas' Hospital, Londres.
15. BECKER, G. S. (1964): *Human Capital*, National Bureau of Economic Research, Columbia University Press, New York.
16. NEWHOUSE, J. P. (1978): *The Economics of Medical Care*, The Rand Corporation, Addison-Wesley Publ. Co. Reading, Massachusets.
17. JONES-LEE, M. W. (1976): *The Value of Life: An Economic Analysis*, Martin Robertson, Londres.
18. MOONEY GAVIN, H. (1977): *The Valuation of Human Life*, MacMillan, Londres.
19. FELDSTEIN, M. S. (1974): *Econometric Studies of Health Economics, a Frontier of Quantitative Economics*, vol. II, ed.: Intrilligator M. O. and Kendrick D. A. North Holland, Amsterdam.
20. WEISBROD, B. A. (1975): *Research in Health Economics*, A Survey, «International Journal of Health Service», vol. 5, núm. 4.
21. WILLIAMS, A. (1975): *What Economists Can Do to Help Health Services Planning?* (fotocòpia), Working Paper, Universidad de York, ISER.
22. DRUMMOND, M. F. (1978): *Evaluation and the National Health Service*, en *Economic Aspects of Health Service*, ed. A. J. CULYER i K. G. WRIGHT, Martin Robertson, Londres.
23. CAIRNS, J. A. y SNELL, M. C. (1978): Prices and the Demand for Care, Economic Aspects of Health Services, ed. A. J. Culyer and K. G. Martin Robertson. London.
24. NEWHOUSE, J. P. (1978): *The Economics of Medical Case*. The Rand Corporation Addison-Wesley Publishing Co. Reading, Massachusets.
25. WILLIAMS, Alan (1967): *Output Budgeting and the Contribution of Microeconomics to Efficiency in Government*, Civil Service Department. CAS Occasional Paper, n.º 4. HMSO. London.
26. CAIRNS, J. A. y SNELL, M. C. (1978): Op. cit. Supra.
27. NEWHOUSE, J. P. (1978): Op. cit. Supra.
28. FELDSTEIN, M. S. (1974): Op. cit. Supra.
29. WILLIAMS, A. (1978): «Need» —an Economic Exegesis en A. J. Culyer and K. G. Wright ed. opt. cit. Supra.
30. Nuffield Provincial Hospitals Trust (1975): *Measuring for Management: quantitative methods in Health Service Management*. Oxford University Press.
31. ARTELLS, J. J. (1976): *The Physician as a firm: surveying some con-*

- temporary issues. Working Paper Institute of Economics and Statistics. Oxford.
36. REINHARDT, V. (1972): A Production Function for Physician Services. *The Review of Economics and Statistics*, 54, 1. February.
  37. FELDSTEIN, M. S. (1974): Op. cit. Supra.
  38. EVANS, R. (1975): Economic Analysis of Professional Behaviour: more than just a monopoly. Article de *Tribuna Médica* (original fotocopiado).
  39. REINHART, V. (1972): Op. cit. Supra.
  40. SLOAN, F. (1974): A Microanalysis of Physician's hours of Work Decisions, en *The Economics of Medical Case*, ed. Mark Perlman. MacMillan. London.
  41. FELDSTEIN, M. S. (1970): The Rising Price of Physician's Services, en *The Review of Economics and Statistics*, n.º 2, vol. LII May.
  42. FELDSTEIN, M. S. (1967): *Economic Analysis for Health Service Efficiency*. North-Holland Publ. Co. Amsterdam.
  43. SANNAZARO, J. (1974): Medical Audit : Experience in the USA. *British Medical Journal*, 16-2-74.
  44. BUNKER, J. P. y otros (1977): *Costs, Risks and Benefits of Surgery*. Oxford University Press.
  45. ROEMER, M. I. (1972): Evaluación de Centros de Salud Pública, n.º 48. Cuadernos de Salud Pública. O.M.S. Ginebra.
  46. O.M.S. (1974): Los Métodos Modernos de Gestión y la Organización de los Servicios de Salud. Cuadernos de Salud Pública n.º 55. O.M.S. Ginebra.
  47. MAYSTON, D. J. (1974): *The Idea of Social Choice*. MacMillan. London.
  48. WILLIAMS, A. (1974): The Cost-Benefit Approach. *British Medical Bulletin*. Vol. 30, n.º 3. pp. 252-256.
  49. MOONEY, G. M. (1978): *Economic Approaches to Alternative Patterns of Health Care*. Health Economics Research Unit. Department of Community Medicine and Political Economy. University of Aberdeen.
  50. COCHRANE, A. L. (1972): Op. cit. Supra.
  51. Radical Statistics Health Group (1976): *Whose Priorities?* R.S.H.G. London.
  52. *On practical Cost-Benefit Analysis*. Oxford University Press.
  53. PRESCOTT, N. M. (1979): Schistosomiasis and Development. *World Development*, vol. 7, n.º 1, pp. 1-14.
  54. WILLIAMS, A. (1978): Op. cit. Supra.
  55. KLARMAN, H. E. (1974): Application of Cost-Benefit Analysis to the Health Services and the Special Case of Technology Innovations. *International Journal of Health Services*. Vol. 4, n.º 2.
  56. DOYAL, L. (1979): *The Political Economy of Health*. Pluto Press. London. pp. 14-16.